Rok XXXIII. Kraków 8. Września 1894 r. Nr. 36.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

**Redakcya:**
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9, Telefonu Nr. 108.

**Administracya:**
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

**Ekspedycya miejscowa**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

**Ogłoszenia**
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

**Przedpłatę**
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisł. w Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

**Rękopismy**
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer**
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiem i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk. | 24 fr. |
| **Półrocznie:** | 4 „ 40 „ | 3 „ | 7 „ | 12 „ |
| **Kwartalnie:** | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 3½ „ | 6 „ |




## I. Z kliniki profesora Neussera w Wiedniu.

## Krew w przebiegu raka.

Skreślił

Dr. M. Olejnik,

hospitant tejże kliniki.

Że wobec nowotworów złośliwych pojawiają się w krwi białe ciałka, rzecz dawno znana. Niektórzy, jak Velpeau, Berard, Broca, Paget i inni uważali je za komórki rakowe. Andral był pierwszy, który zwrócił uwagę na patologiczną leukocytozę w złośliwych nowotworach. Lücke, Sappey opisują wiele przypadków nowotworów złośliwych, gdzie we krwi znaleziono ciałka białe, i uważają leukocytozę tę za oznakę przyrzutów. W przypadkach tych nieliczono jednak białych ciałek, których ilość średnio wynosi 10000 w milimetrze sześciennym. Wahania większe uważać trzeba za leukocytozę chorobową; uwzględnić jednak wypada leukocytozę w czasie trawienia.

Hayem i Alexander byli pierwsi, którzy rozpoczęli ilościowe oznaczanie ciałek białych i przyszli do przekonania, że w nowotworach złośliwych wzrasta liczba ciałek białych. Czy to zależy od rodzaju nowotworu, czy od jego usadowienia się, trudno było rozstrzygnąć; wątpliwości jednak nie ulega, że po usunięciu nowotworu zmniejsza się leukocytoza (Hayem) a z recydywą wzrasta liczba ciałek białych we krwi.

Nim wogóle przystąpię do określenia, jakie znaczenie ma pojawianie się ciałek białych we krwi w większej ilości i jakie wnioski ze względu na rokowanie i leczenie dadzą się wysnuć, przytoczę kilka przypadków patologicznej leukocytozy w złośliwych nowotworach, postrzeganych w klinice prof. Neussera.

1) Franciszka V., l. 50, od 23. Maja 1894 w klinice. Od 4 miesięcy ustała regularność. W r. 20. życia krwotok z żołądka *(ulcus ventriculi?)*; chora wtedy nie kaszlała. W ostatnich czasach wstręt do kawy i mięsa. W Kwietniu pojawiły się wymioty 3—4 razy na dzień, woni zgniłych jaj. Od 20. Maja ustały wymioty.

Badanie wykazuje: Dodatkowe szmery skurczowe nad koniuszkiem serca, nieodpowiednio słabe, buczenie nad żyłami szyjnemi pomimo znacznej niedokrewności. W okolicy dołka podsercowego twardy guz, wielkości jaja kurzego. W treści żołądka brak kwasu solnego, kwas mlekowy wyraźny. W moczu indykan i skatoksyl w większej ilości. 27. Maja badanie krwi: Hmglob. według Fleischla 30%, ciałek czerwonych 2,500.000. Zabarwienie ciałka czerwonego (ilość hemoglobiny, wskaźnik barwy 0 6), ciałek białych przeważnie o jednem jądrze 20.000.

23. Czerwca. Brak ciałek krwi z jądrami. Znaczna leukocytoza, w niektórych preparatach 2—3 ciałek Ehrlichowskich, komórki eozynofilne. Ciepłota ciała pod wieczór 38° C. Ilość moczu znacznie się zmniejszyła, stałe powiększenie się ilości indykanu.

Rozpoznanie: *Carcinoma ventriculi.* Chora w dalszej obserwacyi.

2) Karol S., lat 41, od 11. Czerwca 1894. W młodości przebył gościec. Od jakiegoś czasu uskarża się na krótki oddech, bicie serca i przeszkodę w połykaniu.

Badanie wykazuje: Rozszerzenie prawego serca, szmer skurczowy nad koniuszkiem serca i nad aortą. Ton drugi nad tętnicą płucną silniejszy, tętno słabe, ale po obu stronach równe. Porażenie nerwu wstecznego (*n. recurrens*) po stronie lewej, zwężenie oskrzeli po tej samej stronie.

13. Czerwca we krwi wiele ciałek czerwonych z jądrami, poikilocytoza. Leukocytoza (po nad 16.000), prócz tego wiele komórek eozynofilnych.

17. Czerwca w moczu ślady krwi. Urobilina, indykan, wałeczki ziarniste z osobna.

19. Czerwca wśród objawów duszności śmierć nagle. Sekcya (Prof. Weichselbaum): *Carcinoma exulcerans oesophagi. Insufficientia bicuspidalis subseq. hypertrophia cordis totius. Nephritis parrenchymatosa chronica* (*haemorrhagia recens*) W przypadku opisanym mamy leukocytozę patologiczną, ciałka czerwone z jądrami. Z białych pojawiają się komórki eozynofilne.

3) Joachim K., od 11. Czerwca. Badany uskarża się na tępe bóle w okolicy talerza kości biodrowej prawej. Od pewnego czasu żółtaczka. W okolicy woreczka żółciowego guz z nim w ścisłym związku zostający.

13. Czerwca. We krwi leukocytoza, która stale się utrzymuje; wiele ciałek czerwonych jądrzastych. W moczu stale indykan w znacznej ilości, również barwiki żółciowe. Rozpoznanie: *Carcinoma cystis felleae.*

4) Franciszek K., lat 38, od 2. Czerwca. Przed 6 tygodniami wymioty krwawe. W ostatnich czasach osłabienie, obok tego opuchlina kończyn dolnych. Od 4 tygodni powiększenie się brzucha, rozszerzenie żył, po bokach wypuk stłumiony, wyraźne chełbotanie. Po wypuszczeniu płynu wyczuć można guz w okolicy pępka. Badanie krwi: Fleischla 40% hemoglobiny. Poikilocytoza. Leukocytoza (15000). W moczu ilość chlorków zmniejszona, fosforanów ziem powiększona, Indykanu powiększona. Rozpoznanie; *Carcinoma peritonei.*

5) Marya M. W przypadku tym rozchodziło się o to, czy mamy sprawę nowotworową, czy tylko objawy utraty krwi po porodzie.

Badana przebyła zimnicę. Po ostatnim porodzie *(placenta praevia)* znaczne krwotoki. Podczas pobytu w klinice położniczej znaczna niedokrewność, obrzęk kończyn. Ciepłota 38·2. W następstwie 14 porodów przerost serca (Neusser). Badanie krwi wykazuje:

27. Kwietnia. Fleischl 20% Hmglob. Ciałek czerwonych 2,700.000, poikilocytoza, odosobnione ciałka czerwone z jądrami, tu i owdzie komórki eozynofilne, brak leukocytozy.

14. Maja. Opuchlina znikła, Fleischl 30% Hmglob. Ciałek czerwonych 3,400.000, nieznaczna poikilocytoza, odosobnione ciałka Ehrlichowskie, brak ciałek czerwonych z jądrami.

16. Maja. Po podaniu żelaza i arsenu chora uskarża się na bóle w kościach. We krwi znowu ciałka czerwone z jądrami, większa eozynofilia (objawy regeneracyi krwi). Powiększenie się ilości hemoglobiny, oznaki regeneracyi, brak leukocytozy i pojawianie się eozynofilii są dobrym objawem i przemawiają w tym przypadku za niedokrewnością po porodzie. Obecnie w Czerwcu u chorej ciałek krwi z jądrami nie dostrzeżono. Hemoglobina doszła 50% według Fleischla. Chora czuje się znacznie lepiej. W dalszej obserwacyi.

6) Abraham K., od 3. Maja 1894. W zimie pojawiły się zielone, kwaśne wymioty, które trwały 14 dni. Od 3 tygodni żółtaczka, rozwolnienie i wychudnienie. Wątroba powiększona, guzowata. W treści żołądkowej po śniadaniu próbnem HCl wykazać nie można. W moczu chlorki w prawidłowej ilości. Indykan w ilości powiększonej.

7. Maja Badanie krwi: Fleischl 35% Hmglb. Ciałek czerwonych 3,500.000, poikilocytoza, zabarwienie jednego ciałka 0.6 wskaźnika barwy. Leukocytoza (11.000) przeważnie o jednem jądrze, duże komórki eozynofilne, ciałka czerwone z jądrami. Chory gorączkuje, gorączka zwalniająca. Rozpoznanie: *Carcinoma hepatis pyreticum.*

7) Katarzyna S., 42 lat. Częste krwotoki z powodu polipów macicznych. W r. 1893. krwotoki znowu, obrzmienie około kostek. 4. Czerwca b. r. rozpoznano w klinice: *anaemia et ren mobilis.* Obecnie krwotoki znowu; biegunka Lekkie zranienie wywołuje znaczne krwawienie. Kiły nie przybywała. Roniła kilka razy. Pomimo znacznej bladości skóry buczenie nad żyłami. Szmer skurczowy nad koniuszkiem serca wyraźny. *Parametritis adhaesiva, atrophia uteri senilis.* Ciepłota 38° C.

22. Maja krwotok z nosa. Badanie krwi wykazuje: Hemoglobiny 20% Fleischla, czerw. ciałek 1,064.000. Znaczna poikilocytoza, nieco ciałek czerwonych z jądrami, między niemi megaloblasty (11—12) z podziałem jądra; ciałka białe przeważnie z kilku jądrami.

23. Maja znikają oznaki regeneracyi; ciałek czerwonych z jądrami nie widać.

24. Maja. We krwi znaczna poikilocytoza, mniejsza liczba megalocytów, normocytów i mikrocytów, tu i owdzie komórki eozynofilne, mało hematoblastów (oznaka gorszej regeneracyi), leukocytoza wielojądrzasta 86%, limfocytoza 12%, eozynofilia 2%.

Badanie dna oka wykazuje bladość tarczy. Śledziona nieznacznie powiększona.

27. Maja. Znowu objawy lepszej regeneracyi. W moczu nieco białka, w osadzie kilka wałeczków szklistych. W plwocinach brak prątków gruźliczych i komórek eozynofilnych. W kale pasożytów nie znaleziono. Rozpoznano: hipoplazyę systemu naczyniowego, może hemofilia, złą regeneracyę krwi prawdopodobnie w skutek złego *(torpid)* układu kostnego. Na podstawie braku leukocytozy patologicznej a natomiast pojawiania się, choć nielicznie, ciałek czerwonych z jądrami wykluczono sprawę nowotworową.

8) Marya J. od 28. Marca 1894 r. Z początkiem b. r. wystąpiły bóle w górnej połowie kości ramiennej i biodrowej po stronie prawej. Chora znacznie wychudła; od czasu do czasu pojawiają się wymioty krwawe i maziste stolce. Obecne badanie wykazuje kilka twardych, nieznacznie powiększonych gruczołów w pasze i pachwinie lewej. Po nad górną granicą śledziony znajduje się stłumienie o nieregularnych granicach, wielkości dłoni małego dziecka, które nie zmienia się za głębokim wdechem, przyczem śledziona niemacalna. Przy nakłuciu nie wydobyto cieczy. W obu sutkach stwardnienia w kształcie postronków, większe po stronie lewej, jednak badanie w klinice prof. Alberta stanowczo nie może wykazać, czy to sprawa nowotworowa. Badanie ginekologiczne wykazuje tyłopochylenie macicy; ztąd to bóle w kończynie dolnej prawej. W treści żołądka brak HCl, kwasy tłuszczowe i trypsyna w małej ilości.

6. Kwietnia. Nagle wymioty krwawe z wyrzuceniem strzępu tkanki płucnej. W miejscu stłumienia ponad śledzioną słychać rzężenia drobnobańkowe. Rozszerzenie obu połów serca, szmery skurczowe nad koniuszkiem serca, buczenie nad żyłami szyjnemi. Tętno i oddech przyspieszony. Na kilka dni przed zgonem drobne wybroczyny w skórze. Badanie krwi (Dr. Eptein) wykazuje:

7. Kwietnia. Ciałka czerwone krwi z jądrami, jedne z nich megaloblasty, inne normoblasty. W nich wyraźna fragmentacya jądra, obrazy podobne do listka koniczyny. Wyraźna polichromatofilia w ciałkach z jądrami, przy barwieniu eozyną i hematoksyliną barwią się również i jądra fiołkowo. Z białych ciałek przeważają duże z jednem jądrem. Stósunek białych do czerwonych jak 1:30:40. Surowica krwi również barwi się eozyną, znak wystąpienia hemoglobiny z ciałek czerwonych. Preparat mocno ogrzany.

11. Kwietnia śmierć. Sekcya (prof. Kolisko): *Scirrhus mammae, glandularum retroperitonealium, pleurae, tonsillarum, epicardii, durae matris, ossium (humeri et costarum).* Za życia rozpoznano karcynomatozę na podstawie pojawienia się znacznej ilości leukocytów o jednem jądrze i stałego utrzymywania się ciałek czerwonych z jądrem.

(Dokończenie nastąpi).

## II. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

# Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

**Dr. Adam Langie,**

I. asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Co się tyczy zapalenia naczyniówki, to zrobiłem spostrzeżenie, że tylko w świeżych przypadkach zmian w naczyniówce u krótkowidzów następowała po kilku injekcyach poprawa wzroku i to nie zbyt wielka, przedmiotowo jednak nic się nie zmieniało. W przypadkach zadawnionych wstrzykiwania sublimatu okazały się stanowczo bezskutecznemi. Dlatego też sądzę, że w tych przypadkach nie należy się wiele

spodziewać po wstrzykiwaniach sublimatu — nawet chociaż sprawa jest świeża — i raczej bez straty czasu przystąpić odrazu do innego leczenia, n. p. napotnego lub za pomocą wcierań szaruchy, którym w wielu przypadkach przed wszystkimi innymi środkami należy się pierwszeństwo.

W przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego samego lub razem z siatkówką aż nadto widocznem jest zbawienne działanie wstrzykiwań sublimatu, jak tego dowodzi jeden mój przypadek i jeden z prywatnej praktyki prof. Rydla.

W większości przypadków oderwania siatkówki wstrzykiwania okazały się zupełnie nieskutecznemi. W dwóch tylko nastąpiło niejakie polepszenie wzroku, lecz oderwanie pozostało niewyleczonem. Czy to polepszenie przypisać należy sublimatowi, to rzecz wątpliwa, uwzględniwszy, że znane są przypadki, w których już samo spokojne leżenie w łóżku korzystnie wpłynęło na oderwanie siatkówki a zatem uważane być musi za ważny czynnik leczniczy.

Ponieważ nie nadarzyła mi się sposobność, w czasie, kiedy się tą sprawą zajmowałem, wypróbować działanie sublimatu ani w zwyrodnieniu siatkówki barwikowem ani w zapaleniu współczulnem, nie mogę więc mieć w tej mierze zdania własnego, na doświadczeniu opartego, lecz sądząc ze spostrzeżeń innych autorów i na podstawie czysto teoretycznego rozumowania, uważałbym wstrzykiwania w zapaleniu współczulnem za wskazane w tym okresie, gdy wyłuszczenie gałki ocznej nie jest koniecznem a nadzieja uniknięcia jego nie jest jeszcze wykluczoną. Już ze względu na konieczność energicznego wystąpienia z całym zasobem środków leczniczych wstrzykiwania sublimatu byłyby tutaj na miejscu, gdyż co najmniej mogą one poprzeć skutecznie działanie innych środków. W zaniku nerwu wzrokowego, nie spodziewając się już z góry żadnego rezultatu, nie stósowałem wcale wstrzykiwań, również jak w chorobach spojówki (prócz wspomnianych 3 przypadków jaglicy), przeciw którym posiadamy dostateczną ilość innych, należycie wypróbowanych i skutecznych środków.

Na podstawie powyższych, tak własnych, jak obcych spostrzeżeń zestawiłbym następujące wskazania do wstrzykiwań sublimatu podspojówkowych:

1. Choroby rogówki.

*a)* Wrzody i ropnie. Tutaj, o ile zmiany na rogówce nie są zbyt rozległe i dopóki *hypopyon* nie jest tak duże, że wymaga wypuszczenia ropy z komórki, poprzestać można na samych wstrzykiwaniach, w razie zaś znacznie rozwiniętej sprawy chorobowej, tylko o tyle, o ile po pierwszych wstrzyknięciach widać pomyślny wpływ tego leczenia. Jeżeli atoli mimo wstrzykiwań szerzy się naciek lub rośnie *hypopyon*, należy uciec się do innego leczenia, nie odrzucając jednak całkowicie wstrzykiwań, które mogą odegrać z powodzeniem rolę pomocniczą. Przeciwwskazane a raczej tylko zbyteczne są wstrzykiwania w przypadkach lżejszych cierpień rogówki, mających swoją przyczynę w chorobach spojówki, których leczenie wpływa, jak doświadczenie uczy, korzystnie na zmiany w rogówce, które też w miarę polepszania się choroby spojówki ustępują często bez osobnego leczenia, ale w przypadkach groźnych zapaleń ropnych rogówki, zawisłych od zapaleń spojówki, oddać nam mogą wstrzykiwania sublimatu nieocenione usługi, powstrzymując doraźnie dalsze postępy cierpienia rogówkowego i ocalając oko tam, gdzie ono mimo najenergiczniejszego leczenia skierowanego przeciw pierwotnemu cierpieniu spojówki, zagrożonem było w najwyższym stopniu. Tak miała się rzecz w przypadku *trachoma o. s.* leczonym w praktyce prywatnej prof. Rydla, podanym pod l. 13., tudzież w drugim przypadku jaglicy z bardzo głębokim wrzodem rogówki, leczonym w oddziale okulistycznym a niniejszą pracą jeszcze nie objętym.

*b)* W przypadkach znaczniejszych ran zakażonych wskazane są obok wstrzykiwań jeszcze i inne dotychczas w takich razach używane środki.

*c)* Jako środek zapobiegawczy przed operacyą na gałce ocznej (ekstrakcya zaćmy lub irydektomia) w przypadkach, w których grozi zakażenie ranki.

*d)* Lżejsze przypadki zapalenia rogówki miąższowego rozlanego, w cięższych w połączeniu z leczeniem ogólnem.

2. Wszystkie przypadki zapalenia tęczówki, obok bezwzględnie wskazanej atropiny. W lżejszych przypadkach wstrzykiwania same, w cięższych a zwłaszcza na tle skazy ogólnej powstałych, obok leczenia ogólnego.

3. Zapalenie siatkówki, nerwu wzrokowego lub obojga razem (*neuroretinitis*), o ile cierpienia te nie są zastarzałe. Ale i w tych sądzę, że lepsze osiągniemy wyniki, łącząc leczenie ogólne z wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę. Rozumie się samo przez się, że w tych przypadkach leczenie przyczynowe odgrywa główną rolę, n. p. w *retinitis albuminurica*, w której sublimat uważałbym za wprost przeciwwskazany.

4. Zaćmienia w ciałku szklanem.

5. Zapalenie sympatyczne obok innego leczenia.

6. Pod względem zapalenia twardówki, co do którego nie mam własnego doświadczenia, odwołać się muszę do pracy Rumszewicza.

Nie będą zaś wskazane wstrzykiwania w oderwaniu siatkówki i w jej zwyrodnieniu barwikowem, w zaniku nerwu wzrokowego, z wyjątkiem początkowego okresu zaniku pozapalnego, tudzież w chorobach spojówki.

W chorobach naczyniówki, jakkolwiek niektórzy chwalą działanie wstrzykiwań, uważałbym je może nie za wprost przeciwwskazane, ale sądzę, że jeżeli mają być stósowane, to tylko równocześnie z innem leczeniem, zwłaszcza jeżeli chodzi o zmiany powstałe na tle myopii.

Co do dawki, to lepiej używać słabszych rozczynów, n. p. 1:2000, z których można wstrzykiwać naraz od 1—3 i więcej, nawet do 5 przedziałek zwykłej, gramowej strzykawki Pravaza. Jakkolwiek to nie jest niezbędnem, lepiej znieczulić oko poprzednio kokainą, gdyż chociaż samo wkłucie igiełki nie sprawia większego bólu, to jednak wstrzykiwanie płynu pod spojówkę jest nieprzyjemnem a w przypadkach, gdy ona już z powodu samej sprawy chorobowej jest przekrwioną i obrzmiałą, może być nawet bardzo bolesnem. Jak przy każdym rękoczynie na oku, należy i tutaj przestrzegać skrupulatnie czystości i aseptyki; dlatego najlepiej używać do wstrzykiwań igiełki platynowej, którą w ogniu należycie można wyżarzyć. Wstrzykiwać najlepiej w oddaleniu kilku milimetrów od brzegu rogówkowego, unikając jednak wstrzyknięcia do załamka, gdyż to wywołuje bardzo gwałtowną reakcyę. Po wstrzyknięciu dobrze jest założyć opaskę przynajmniej na kilka godzin, gdyż to przyspiesza wessanie i korzystnie wpływa na powstający w miejscu wstrzyknięcia obrzęk surowiczy. W przypadkach ostrych

mogą być wskazane wstrzykiwania codzienne, w przewlekłych lepiej przeczekać, aż przeminie reakcya poprzedniem wstrzyknięciem wywołana. Czy równoczesne podawanie jodu wewnętrznie może stanowić przeszkodę do wstrzykiwań, jak to podaje jeden z autorów na podstawie jednego przypadku, w którym powstała bardzo gwałtowna reakcya, nie mogę rozstrzygnąć, gdyż nie stosując, jak wspomniałem, żadnych innych środków równocześnie z wstrzykiwaniami, nie mogłem się o tem przekonać.

Reasumując w końcu wszystko, co dotychczas o wstrzykiwaniach sublimatu powiedzieć można, przyznać im muszę razem z większością autorów bardzo poczesne miejsce w rzędzie środków leczniczych, jakiemi rozporządza dzisiejsza okulistyka. Polecić je mogę każdemu z tem zapewnieniem, że zastosowane w sposób odpowiedni i w odpowiednich przypadkach oczekiwania nie zawiodą a mam to przekonanie, że ich ani pesymiści z zajętej już pozycyi wyrugować, ani optymiści zdyskredytować całkowicie nie zdołają.

---

## III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

---

# Trzy rzadkie przypadki obrażenia części rodnych kobiecych.

Podał
**Dr. Franciszek Kośmiński,**
sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Ze względu na małą liczbę opisanych przypadków tego rodzaju obrażeń u osób ciężarnych ośmielam się przytoczyć historyę choroby przypadku, który miałem sposobność spostrzegać w oddziale ginekologicznym.

Przypadek ten tyczy się kobiety M. C., lat 27. liczącej, w miesiącu Wrześniu 1892. r. do szpitala przyjętej, która opowiada, że przed kilku godzinami, stojąc nad rzeką na desce, pośliznęła się i upadła w ten sposób, że międzykroczem uderzyła się mocno o ostrą krawędź deski, na której stała. W tejże chwili dostała znacznego krwotoku, który z trudnością utamował lekarz. Wywiady wykazały dalej, że miesiączka występowała u niej regularnie, rodziła dwa razy sama na czasie i że obecnie jest w 8-mym miesiącu księżycowym ciąży.

Chora skarży się na powtarzające się w pewnych odstępach czasu bóle w krzyżach i na prężenie dołem w brzuchu, dodając, iż od czasu upadku moczu nie może oddać; dalej skarży się na mocny ból i zawroty głowy, ćmienie przed oczyma i znaczne osłabienie.

Badanie wykazało: budowę dobrą, odżywienie dobre, temperaturę niepodwyższoną 37·2° C., tętno nieco przyśpieszone 96, niedokrewność bardzo znaczną, błony śluzowe dla oka dostępne blade.

Brzuch wypuklony więcej wzdłuż niż wszerz; na skórze brzucha liczne stare blizny poporodowe, jako też świeże rozstępy powierzchownych warstw skóry. Przez powłoki brzuszne wyczuć można macicę powiększoną, sięgającą dnem do wysokości połowy odstępu między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, przy głębszem zaś obmacaniu czuć wyraźnie różne części płodu z osobna. Tętno płodu dobrze słyszalne po stronie lewej. Pęcherz moczowy znacznie wypełniony moczem, wyczuć się daje więcej na prawo i sięga na 3 palce powyżej spojenia łonowego. Wargi sromne większe i mniejsze, zwłaszcza po stronie prawej, jako też wejście do pochwy bardzo znacznie obrzękłe, sinawo zabarwione. W okolicy cewki moczowej, na przedniej powierzchni opuszki cewki moczowej, jako też po lewej stronie przedsionka i na lewej ścianie pochwy, znajdują się liczne, mocno pościągane szwy jedwabne, głęboko założone, prawdopodobnie w celu tamowania krwotoku. W miejscu ujścia cewki moczowej widać wystający kawałeczek zwiniętej błony śluzowej, który okazał się wynicowanym kawałkiem przedniej części cewki moczowej długości mniej więcej około centymetra. Z głębi pochwy i z całej okolicy szwów sączy się dość obficie krew. Po odprowadzeniu cewnikiem wynicowanego kawałka cewki moczowej, wprowadzono w celu wypuszczenia moczu cewnik głębiej w kierunku prawidłowym ku pęcherzowi, jednak, jak to łatwo można było przekonać się palcem do pochwy wprowadzonym, cewnik wchodził tą drogą nie do dalszej części cewki moczowej, lecz do dość obszernej jamy a następnie wchodził do pochwy. Gdy mimo usilnego starania się o wyszukanie dalszego ciągu cewki moczowej to nie udało się, gdy nadto przez wprowadzony cewnik na około szwów a zwłaszcza z głębi pochwy krew strumieniem wypływać poczęła, postanowiono w celu odszukania dalszego ciągu cewki moczowej, jak niemniej w celu dokładnego utamowania krwotoku wyjąć owe szwy głębokie i dokładnie rozpatrzyć zmienione stosunki. Z przyczyny wielkiego rozdrażnienia chorej i wielkiej bolesności obrzękłych części rodnych zewnętrznych, zachloroformowano chorą tamując tymczasowo krwotok przez mocny ucisk. Po przecięciu szwów pokazało się, że mamy do czynienia z raną płatową a mianowicie wierzchołek płatu znajduje się w lewym kącie przedniej ściany pochwy, tuż przy wejściu do pochwy, rana zaś drąży przez połowę lewą przedniej ściany pochwy ukośnie, przedarłszy kawałek przedniej części cewki moczowej, jako też i ciało jamiste łechtaczki (*corpus cavernosum clitoridis*), podstawa zaś płatu znajduje się powyżej opuszki cewki moczowej tuż nad samą cewką. I teraz jeszcze wyszukanie dalszego ciągu cewki moczowej dla gwałtownego krwotoku i zmiażdżenia otaczających tkanek nie było łatwem; wreszcie wprowadzono cewnik metalowy do pęcherza i wypuszczono mocz, postanawiając zostawić cewnik komornem. Wobec tego, że powierzchnie ranne wyglądały niezupełnie czysto a nawet w dolnej swej części już były pokryte jakby szarawym nalotem, wreszcie ze względu, że dokładne założenie szwów wymagałoby sporo czasu, coby wywołało jeszcze dość znaczną utratę krwi a chora już przedtem niedokrewna przy całym tym zabiegu utraciła sporo krwi, postanowiono zatamować krwotok przez ucisk. W tym celu ustaliwszy cewnik metalowy wytamponowano mocno przednią część pochwy gazą jodoformową tak, aby oderwany płat z przedniej ściany pochwy ustalić we właściwem miejscu, poczem założono jeszcze opatrunek uciskowy opaskami od zewnątrz.

Po przebudzeniu się z uśpienia skarżyła się chora na parcie na mocz, ból w okolicy części rodnych zewnętrznych, na nieznośny ból i ciągłe zawroty głowy, ćmienie przed oczyma i znaczne osłabienie. Po kilku godzinach przy ciągłem stosowaniu środków skrzepiających, jako też po wypiciu większej ilości płynów, chora przyszła do siebie i stan podmiotowy poprawił się znacznie. Z przyczyny znaczniejszych bólów w krzyżach, obawiając się porodu przedwczesnego, polecono wewnętrznie rano i wieczór po 25 kropel nastoju makowca. Po dwóch dniach bóle w krzyżach ustąpiły zupełnie a nastój makowca usunięto. Po czterech dniach zmieniono opatrzenie po raz pierwszy; wyjęto gazę z pochwy, usunięto cewnik a przekonawszy się, że chora sama jest w stanie mocz oddawać, nie wprowadzono go więcej. Krwotoku nie było, oczyszczono zatem ranę i założono do pochwy na nowo gazę jodoformową w ten sposób, by oddarty płat ustalić we właściwem miejscu. Odtąd zmieniano opatrzenie co drugi, później co trzeci dzień. Płat oddarty w górnej swej części przyrósł w miejscu odpowiedniem oddarciu, tylko po stronie lewej w dole powstał strzęp nekrotyczny wielkości fasoli, który powoli sam się oddzielił.

Dnia 13. Października chora zupełnie uleczona opuściła oddział.

Przypadek powyższy jest interesującym nie tylko z przyczyny powikłania obrażenia części płciowych z ciążą, lecz więcej jeszcze dla niezwykłego, bo mocno ukośnego przebiegu rany, skutkiem czego kawałek przedniej części cewki moczowej długości około centymetra został odciętym a wreszcie dlatego, ponieważ bądź co bądź dość znaczne obrażenie części rodnych, przy odpowiedniem postępowaniu pozostało bez wpływu na dalszy przebieg ciąży.

U osób ciężarnych nie potrzeba wcale zadziałania urazu bezpośrednio na części rodne, aby wywołać krwotok, lecz nawet upadnięcie na powierzchnię płaską może sprowadzić groźne następstwa, jak tego dowodzi przypadek opisany przez Drzymalika *(Wiener klin. Wochenschrift.* Nr. 18. 1889).

Przypadek ten tyczył się kobiety w 8-mym miesiącu ciąży, która po przebyciu dłuższej drogi piechotą naczczo wstąpiła do gospody na posiłek. Zaraz po spożyciu tego śniadania kobieta ta, skarżąc się na nudności wychodzi przed gospodę, usiłuje oprzeć się o ścianę domu, jednak bezskutecznie i obok ścianyześlizguje się na ziemię. Według opowiadania świadków kobieta ta w jednej chwili zbladła i pomimo udzielenia jej pomocy umarła wśród mocnego krwotoku z części rodnych.

Sekcya wykazała, że krwotok nie pochodził z macicy, gdyż tylna, względnie górna część pochwy nie była wcale krwią zawalana, lecz że pochodził on ze szczeliny głębokiej, która powstała pod spojeniem łonowem pomiędzy cewką moczową a łechtaczką, szczeliny drążącej przez błonę śluzową w głąb tkanek na jakie 2 cm. Dokładne badanie ściany, na której oprzeć się chciała ta kobieta i badanie podłogi, na którą upadła, wykluczyły stanowczo możność skaleczenia się przez jakikolwiek ostry lub przynajmniej wystający przedmiot.

Przy upadku na równą powierzchnię pośladkami uderzenie bezpośrednio okolicą pod spojeniem łonowem jest rzeczą prawie niepodobną, gdyż najniżej położonym punktem miednicy a więc tułowia musiałby być dolny brzeg spojenia łonowego.

Przyczyna zranienia a właściwie pęknięcia w tym przypadku jest najprawdopodobniej ta, że kobieta z przyczyny znaczniejszego osłabienia lub nawet omdlenia straciła równowagę i z wyprostowanemi nogami ześliznęła się wzdłuż ściany, uderzając mocno pośladkami o podłogę. Ponieważ zaś u kobiet ciężarnych okolica spojenia łonowego jest bardzo rozluźniona, niejako obrzękła i mocno przekrwiona, dlatego dają się obie kości łonowe nieco przesunąć obok siebie. Jeżeli zatem przypuścimy, że kobieta, o której powyżej mowa, upadła nieco bokiem, że więc pośladek jeden uderzył ze znaczną siłą prędzej o ziemię, aniżeli pośladek drugi, to możemy przyjąć, że drugi pośladek a więc druga połowa miednicy kostnej nagle w ruchu zatrzymana, mogła się przesunąć jeszcze nieco ku dołowi obok już ustalonej pierwszej połowy miednicy, sprowadzając znaczne rozciągnięcie a wreszcie odpowiednie pęknięcie w częściach miękkich tuż pod spojeniem łonowem położonych z następowym krwotokiem.

Chcąc przekonać się, czy rzeczywiście przy upadnięciu pośladkami na równą powierzchnię nie może równocześnie dolny brzeg spojenia łonowego uderzyć o podstawę, układałem osoby ciężarne na równej powierzchni w różnych pozycyach i przekonałem się, że dolny brzeg spojenia łonowego zbliża się do powierzchni płaskiej, na której leży osoba ciężarna, najwięcej wtedy, gdy osoba ta rozstawi szeroko od siebie obie kończyny dolne wyprostowane, pochylając równocześnie tułów jaknajwięcej ku przodowi; lecz i wtedy jeszcze odległość pomiędzy podstawą a dolnym brzegiem spojenia łonowego wynosi około 2 do 3 cm. tak, że bezpośrednie uderzenie dolnego brzegu spojenia łonowego przy upadnięciu na podstawę płaską, równą, można wykluczyć stanowczo.

Przypadek ten opisany przez Drzymalika ze względu na sposób powstania obrażenia i następstwa jest nadzwyczaj rzadki i dlatego uważałem za stósowne wspomnieć o nim nieco obszerniej.

Obrażenia tylnej ściany pochwy bez równoczesnego zranienia międzykrocza lub części sromnych zewnętrznych przy upadnięciu na przedmiot wystający, wydarzają się bardzo rzadko i powstać mogą tylko wobec równoczesnego wypadnięcia tylnej ściany pochwy. Aby mogło nastąpić zranienie części miękkiej, podatnej, łatwo usunąć się mogącej a taką jest wypadła ściana pochwy, musi być ona przyciśniętą pomiędzy dwie powierzchnie twarde, niepodatne.

Aby więc tylna ściana pochwy mogła się zranić, musi tę wypadłą ścianę przedmiot wystający, na który następuje upadek, przycisnąć do dolnego brzegu spojenia łonowego lub do jednej z gałęzi zstępujących kości łonowych, albo też wstępujących kości siedzeniowych a zdarzyć się to może tylko przy wypadnięciu znacznego stopnia tylnej ściany pochwy.

Przypadek jednak, który spostrzegałem w Lipcu 1894., pokazuje, że wypadnięcie to niekoniecznie musi być znaczne, owszem pozornie może być nawet bardzo nieznaczne a przecież przez upadnięcie na przedmiot wystający może nastąpić takie zranienie.

M. P., lat 50, rodziła 9 razy, od dwu lat regularność ustała, cięższych chorób w ostatnich latach nie przebywała. Na kilka godzin przed przyjęciem do szpitala miał ją podczas sprzeczki mąż pchnąć mocno, przyczem upadła pośladkami na znajdujący się na podłodze garnek żelazny, poczem otrzymać miała uderzenie nogą w brzuch. W tej chwili dostała krwotoku z części rodnych i dlatego przyjęto ją do oddziału ginekologicznego.

Badanie wykazało: okolica sromu krwią zaschłą i świeżą zawalana, z pochwy sączy się parę kropel krwi. Wejście do pochwy szerokie, w miejscu spoidła dolnego blizna, tylna ściana pochwy wypadła, jednak nie wystaje przed wargi sromne większe w położeniu chorej na grzbiet, wypadnięcie więc pochwy nieznaczne. Na lewej wardze sromnej większej podłużny siniec wielkości małego bobu; warga w całości obrzękła. Na międzykroczu podbiegnięcie krwią wielkości fasoli, po stronie lewej otworu stolcowego i od tyłu dwa małe podłużne sińce. Na tylnej ścianie pochwy, prawie w linii środkowej znajduje się rana o brzegach równych, która drąży przez całą grubość samej ściany pochwy i ciągnąc się od wejścia do pochwy na $4^1/_2$ do 5 cm. wgłąb, zachodzi następnie łukowato na lewą ścianę pochwy. Z rany sączy się zaledwie parę kropel krwi. Aby dalszy ciąg rany odsłonić i dokładnie zobaczyć, musiano użyć wziernika listkowego na przednią ścianę pochwy albo też odsłonić pochwę palcami. Nawet gdy chora na rozkaz parła silnie, przez co tylna ściana pochwy więcej wypuklała się na zewnątrz, nie można było zobaczyć końca rany. Innych śladów obrażenia u chorej tej nie znaleziono. Odbytnica znacznie zbitym kałem wypełniona.

Wobec tego polecono przepłukiwania pochwy płynem przeciwgnilnym po dwa razy dziennie, rana szybko wypełniła się tak, że po kilkunastu dniach osoba ta zupełnie zdrowa opuściła zakład.

W przypadku tym zgodnie z opowiadaniem chorej zranienie powstało niewątpliwie przez upadnięcie na krawędź

ostrą garnka żelaznego, co w zupełności potwierdza półkolisty ku stronie lewej przebieg samej rany. Jeżeli co, to uderzyć musi każdego zbyt wysoko wgłąb pochwy sięgający przebieg rany, wobec tak małego stopnia wypadnięcia pochwy. Przyczyną tego wydają mi się okoliczności, w których powstało to zranienie. I tak osoba z małem wypadnięciem pochwy, u której odbytnica była mocno kałem wypełniona, w pozycyi stojącej mocując się z mężem i krzycząc równocześnie a więc w chwili, gdy parcie w jamie brzusznej było jaknajwiększe, skutkiem czego pochwa jak najwięcej wystawała na zewnątrz, upada na przedmiot wystający. Po ustaniu tych wszystkich przyczyn, które już istniejące wypadnięcie pochwy powiększyć są w stanie, ściana pochwy cofnęła się tak, że dla oka po rozwarciu warg sromnych, w położeniu chorej na grzbiet, była dostępną tylko część wypadłej w chwili zranienia ściany pochwy wraz z częścią rany.

Dlatego w ocenianiu takich zranień pochwy, wobec istniejącego już wypadnięcia, należy zawsze zwrócić uwagę nie tylko na stopień wypadnięcia pochwy w danej chwili podczas badania, lecz również na możność bardzo nieraz znacznego powiększenia się tegoż wypadnięcia podczas obrażenia w odpowiednich okolicznościach.

## IV. Oceny i sprawozdania.

### O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

**Dr. Bronisław Skałkowski,**

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

Tkankę wyściełającą wnętrze macicy uważamy za błonę śluzową, połączoną jedynie ściśle ze znajdującą się pod nią tkanką mięśniową tak, że przeciwnie jak w innych błonach śluzowych brak jej właściwej błony podśluzowej (*submucosa*). Johnstone [1]), uczeń Lawson-Taita wystąpił ze zdaniem, że *endometrium* trzeba uważać za tkankę gruczołowatą, dokładniej biorąc za tkankę limfatyczną. Wobec tego miesiączkowanie przedstawia dla *endometrium* to, co przepływanie limfy dla gruczołów limfatycznych, krwi dla śledziony, to jest części zużyte są w ten sposób odprowadzane. Cała czynność miesiączkowania byłaby zawisłą od nerwu współczulnego, który zdaniem Johnstona przebiega przez więzadło szerokie i zwraca się ku jajowodowi w miejscu odejścia jego od trzonu macicy. Jako dowód na to swoje twierdzenie przytacza, że po wytrzebieniu jedynie jajników miesiączkowanie, względnie krwotoki utrzymywały się a ustawały, jeżeli wycięto jajowód a z nim i nerw przerzeczony. Podobną naukę głosi i Lawson Tait [2]). Również odmienne zapatrywania od ogólnie przyjętych ma Robert Corry [3]), który zwraca uwagę, że błony wyściełającej wnętrze macicy nie należy uważać za błonę śluzową, tylko za osobny narząd, na którym ma się rozwinąć nowe jestectwo. Dochodzi on do tego wniosku porównywając rozwój jaja kurzego i ludzkiego. Wobec tego zapatrywania się miesiączkowanie jest poronieniem jajka niezapłodnionego. Nie dziwi się dalej, że błona śluzowa macicy tak często podlega chorobom jako narząd bardzo zawiły, według ogólnej zasady, że to, co jest więcej zawiłem, tem

[1]) Johnstone: Centrbl. für Gyn. 1892. s. 84.

[2]) Lawson-Tait: Traité clinique des maladies des femmes traduit par Dr. Betrix. Pars 1891. s. 381.

[3]) Robert Corry: The Lancet. Novembre 1891. s. 1036.

łatwiej podlega zepsuciu; nie zapomina jednak ten sam autor dodać jeszcze dwie ważne przyczyny chorób błony śluzowej macicy a te są, zdaniem jego, poród i wiewiór (*gonorrhoea*).

Tyle byłoby do zapisania o zapatrywaniach odmiennych na stanowisko *endometrium* w przyrodzie. Przeważna część autorów uważa je za błonę śluzową. Odsunąwszy na bok zmiany nowotworowe, najczęstszemi są w niej zmiany zapalne, ogólnie znane pod nazwą *endometritis*. Tu jednak wypada zastanowić się dobrze, czy zapalenie błony śluzowej macicy może jeżeli już nie wystąpić, to przynajmniej przebiegać jako samoistna choroba? Słusznie bowiem mówi de Sinety [1]), że przypuścić nie można, aby błona śluzowa tak delikatna, jaką właśnie jest błona śluzowa macicy, mogła okazywać zmiany zapalne i aby równocześnie tkanki, o które się opiera, miały pozostać zupełnie bez zmiany, tembardziej, że naczynia limfatyczne otaczające gruczoły błony śluzowej łączą się tak bardzo z układem limfatycznym miąższu macicy. Również rzecz pewna, że jeżeli sam miąższ macicy długo cierpiał na zapalenie głęboko sięgające, do rzadkości należy, jeżeli się nie znajdzie śladów zapalenia *perimetrium* w postaci zrostów w jamie Douglasa, śladów zapalenia jajników i ich sąsiedztwa. Ściśle się jednak trzymając przedmiotu, rozchodzić się będzie o zapalenie samejże błony śluzowej i tu jest ważnym opis zmian anatomicznych. Słusznie rozróżniamy stan zapalny ostry i przewlekły. Badanie *endometrium* w ostrem zapaleniu jest utrudnione o tyle, że stany chorobowe tego rodzaju nie prowadzą do zejścia śmiertelnego Najwięcej jeszcze materyału dostarczyła *dysmenorrhoea membranacea*. Pod mikroskopem można dostrzedz, że gruczoły błony śluzowej nie są zmienione, tylko tkanka łączna jest zapalona, przepełniona komórkami, gęsto obok siebie znajdującemi się. W zapaleniu przewlekłem widzimy objawy następujące: Nieznaczna czerwoność, prawie różowawa białość o gładkiej powierzchni, jaką znajdujemy w stanie prawidłowym, znikła, natomiast widzimy błonę śluzową pomarszczoną, rozmiękłą, koloru czerwonego, czasem z bardzo nawet ciemnym odcieniem, czasem zdarzy się nawet widzieć stare skrzepy krwi w miejscu rozmiękłej błony śluzowej, która nożem bardzo łatwo można zeskrobać. Cały miąższ macicy jest mocno przekrwiony tak, że przeciąwszy ją od wewnątrz ku zewnątrz ostrym nożem, trudno jest rozróżnić granicę między głębokiemi warstwami błony śluzowej a ścianą mięśniową macicy. Pod działaniem wyskoku okazują części stwardniałe, o ile grubszą jest błona śluzowa w *endometritis*, niż w stanie prawidłowym; widać to okiem nieuzbrojonem, mianowicie na preparatach zabarwionych pikrokarminem. Według Cornila [2]) może w *endometritis* błona śluzowa dochodzić do grubości centymetra, gdy w stanie prawidłowym ma ledwo milimetr grubości. W tem przewlekłem zapaleniu rozróżnia Ruge [3]) dwie formy: formę przerostu (*hypertrophia*) i formę rozrostu (*hyperphlasia*); w pierwszej bujanie przybłonka bez powiększenia samych gruczołów śluzowych, w drugiej można widzieć powiększenie się liczby gruczołów. Jeżeli przychodzi do takiego bujania błony śluzowej i tkanki łącznej, że części przerosłe zwieszają się w formie polipów, mówimy o *endometritis polyposa*. Z drugiej strony nie gruczoły, lecz tkanka łączna może tak bujać, że gruczoły ulegają uciskowi i częścią zanikają, częścią tworzą torbiele retencyjne. W przypadkach bardzo wybitnych miąższ macicy, t. j. warstwa mięsna jest pokryta cienką warstwą tkanki łącznej zbliznowaciałej i przybłonkiem; gruczołów całkiem nie widać, gdzie niegdzie ledwie ślady. Mielibyśmy zatem dwa rodzaje, jako typy *endometritis glandularis* i *interstitialis*; najczęściej łączą się obie formy.

Błona śluzowa, wyściełająca szyję macicy i błona wyściełająca wnętrze samo różnią się pod wieloma względami tak, że ze stanowiska klinicznego podzielono już dawno *endometritis* na *e. colli* i *e. corporis*.

[1]) De Sinety: Traité de gynécologie. 1884. s. 372.

[2]) Cornil: Lecons sur les metrites. Journal de connaiss. méd. 5. Avril 1888. s. 107.

[3]) Ruge: Zur Aetiologie und Anatomie der E. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1881. Tom V. s. 317.

O. Küstner [1]) zwraca uwagę, że nie ma prawidłowej wydzieliny pochwy z braku gruczołów. Brudno-białawy nalot składa się z przybłonka oddzielonego, który w dolnych częściach pochwy miesza się z wydzielinami gruczołów Bartoliniego i gruczołów łojowych sromu. Według tegoż autora, który rurkami szklannemi wydobywał osobno wydzielinę błony śluzowej szyi i wydzielinę wnętrza macicy, przedstawia się pierwsza w stanie zdrowia jako ciecz szklista, przeźroczysta, ciągnąca się, o odczynie alkalicznym. Wydzielina ta mocno trzyma się błony śluzowej a zaschnąwszy na bieliźnie, zesztywnia ją. Wydzielina z wnętrza macicy jest o wiele rzedszą, ma barwę blado żółtawą i jest ciekłą jak limfa. Chorobowo zmieniona przedstawia się wydzielina pochwy jako ciecz rzadka, przypominająca mleko, krochmaląca lekko bieliznę, ciecz mogąca w pewnych okolicznościach nabrać podobieństwa do płynu z krost ospowych. Odczyn kwaśny, kolor żółtawo-zielonawy. Odchody z macicy i szyi w stanie chorobowym przedstawiają przedewszystkiem domieszkę ropy. Do szklistego śluzu z szyi domięszane są paseczki lub punkciki ropne, które w miarę rozwoju choroby mogą przeważać tak dalece, że znamiona wydzieliny prawidłowej znikają zupełnie i ma się do czynienia z wydzieliną ropną barwy od biało-żółtawej przez żółto-zieloną do szarej i nieraz ciemnobrązowej, przypominającą swoje pochodzenie nadzwyczajną ciągliwością. W przypadkach bardzo zaniedbanych lub ostro przebiegających może pokazywać się ropa czysta, *pus bonum*, lub z przymieszką krwi, nie objawiając nawet ciągliwości. Według Küstnera nieżytowe zapalenie szyi i wnętrza macicy łączą się najczęściej razem; w drugim rzędzie idzie osobno zapalenie błony szyi. Najrzedziej można widzieć zapalenie błony tylko we wnętrzu macicy. Ponieważ byłoby ważnem rozpoznanie, czy wydzielina pochodzi tylko z szyi, czy i z trzonu macicy, przeto polecił Schultze [2]) swoją próbną tamponadę watą maczaną w 25% roztworze tanniny z gliceryną. Ropa pochodząca z szyi macicznej ma okazywać się dokładnie wymięszaną z śluzem, pochodzącym również z szyi, ropa zaś pochodząca z wnętrza macicy nie okazuje tego ścisłego wymięszania. Przyznaje jednak sam, że w nadżerkach (*erosio*) i wywinięciu (*ectropium*) części pochwowej, tyle bywa ropy rzadkiej, zupełnie podobnej do ropy pochodzącej z wnętrza macicy, że rozpoznanie staje się trudnem. Nie biorąc jednak pod uwagę nadżerek i wywinięcia jako charakterystycznych dla nieżytu szyi, a mając bez tych oznak ropę na podobnym tamponie, możemy przypuścić nieżyt wnętrza macicy i wtenczas widzimy, że nieżyt ten jest wcale pospolitą chorobą.

Podział *endometritis* według Rugego na formę gruczołowatą i śródmiąższową, biorąc rzecz anatomicznie, wystarcza dla wszystkich w praktyce spostrzeganych przypadki nieżytu. Tak zwana *endometritis post abortum* jest wedle Schrödera [3]) głównie forma śródmiąższowa: około resztek błony doczesnej zagiętej (*decidua reflexa*) albo doczesnej późniejszej (*serotina*) powstaje zapalenie miąższu, w skutek zaś zatrzymania resztek łożyska przychodzi do krwawień; sądzi jednak Schröder, że nie warto z tego tworzyć osobnej formy. Dodatek *post abortum* odnosi się do przyczyny choroby. Związek genetyczny między *endometritis* a porodem lub poronieniem jest zdaniem Küstnera [1]) pewny. Twory uklejowe mają najczęściej swoją siedzibę w okolicy ujścia trąbek, gdyż przy poronieniu najtrudniej ztamtąd oddzielają się błony. Te bujania uklejowe mają w sobie komórki błony doczesnej, szczególnie, jeżeli poronienie nastąpiło przed 4-tym miesiącem, to jest w czasie, kiedy sprawy wsteczne jeszcze się nie rozpoczęły, i gdzie części błony znikomej, *compacta* i *ampullaris*, jeszcze nie tracą swojej żywotności. Jeżeli nastąpi poronienie, to *vera* mocno do ściany przylegająca wywołuje miejscową reakcyę i tworzy wystające części błony śluzowej, nawet ukleje.

[1]) O. Küstner: Beiträge zur Lehre von der E. 1883.
[2]) B. S. Schultze: Centralbl. für Gyn. 1880. s. 395.
[3]) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 1886. s. 119.

Kubassów [1]) pod nazwą *e. dissecans* opisuje trzy przypadki zapalenia błony śluzowej macicy, w których wykazało badanie drobnowidowe, że nie tylko cała błona, ale i warstwa tkanki mięśniowej były wyłuszczone. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono odkrytą tkankę mięsną wnętrza macicy i resztki zapalenia tkanki łącznej (*Reste eines phlegmonösen Processes*). Pod względem nazw rozmaitych odmian *endometritis* nie ma zgody. I tak Treub [2]) z Leydy twierdzi, że powinno się mówić *endometritis glandularis interstitialis hypertrophica*, nie zaś *endometritis* tylko *hypertrophica*. Najczęściej bowiem spotyka się tę formę wobec guzów nowotworowych i tyłozgięcia macicy a więc w przypadkach, gdzie się rozchodzi o zboczenia w obiegu krwi, przyczem wyraża zdanie, że przerost błony śluzowej nigdy nie może być wynikiem zakażenia. J. J. Bischoff [3]) w rozróżnianiu odmian posuwa się daleko tak, że rozróżnia cztery rodzaje w *endometritis fungosa:* 1) gdzie jest utkanie prawidłowe, tylko opuchlinowo zmienione i tkanka ziarninowa, 2) odmiana *decidualis*, 3) odmiana: rozlany gruczolak, 4) rozlany mięsak.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## Terapia.

G. A. Sminow: **O leczeniu błonicy antytoksynami, dającemi się otrzymać bez pośrednictwa zwierząt.** (Z pracowni chemicznej dla medycyny doświadczalnej w Petersburgu).

Na początku swej pracy podaje autor krótką historyę rozwoju leczenia chorób zakaźnych za pomocą surowicy, gdy Behringowi udało się odkryć własności surowicy uodpornionych zwierząt szczególnie przeciwko tężcowi i błonicy. Z dalszych badań pokazało się, że skutki terapeutyczne u zwierząt nie dają jeszcze podstawy z całą pewnością do zastósowania tej metody u ludzi. W ogóle statystyka francuska jest pod tym względem mniej zachęcająca, niż niemiecka i włoska. Co się tyczy błonicy, oświadcza autor, że w ostatnich czasach więcej nawet zwrócono się do doświadczeń na ludziach, niż do doświadczeń na zwierzętach. Autor przytacza dalej pierwsze doświadczenia Behringa, Wernickego, Aronsona na morskich świnkach. Wspomina o zabiegach leczniczych z surowicą uodpornionej owcy, przedsiębranych przez Behringa, Boera, Kossla w 11 przypadkach błonicy u ludzi, gdzie wstrzykiwano na raz do 20 cm.$^3$ tejże surowicy, w przeciągu zaś całego leczenia zużyto 80—100 cm.$^3$. Dwa przypadki zakończyły się śmiercią. Nakoniec przytacza statystykę Ehrlicha, Kossla i Wassermanna, zebraną z 220 chorych leczonych surowicą uodpornionych kóz, wykazującą śmiertelność 23·6%, gdy śmiertelność z błonicy po tracheotomii wynosi 44·9%. Autor zwraca może słusznie uwagę, że do leczenia błonicy i tężca za pomocą surowicy trzeba używać zbyt wielkich ilości surowicy, do której w celu uchronienia przed gniciem dodaje się 0·5% kwasu karbolowego. Aby uniknąć potrzeby wstrzykiwania tak wielkiej ilości surowicy, starali się niektórzy zwiększyć odporność zwierząt; pokazało się jednak, że siła immunizująca surowicy po pewnym czasie maleje a nawet zupełnie znika, zwierzę zaś pozostaje odporne na dowolne dawki jadu. Inni otrzymywali z surowicy za pomocą pewnych działań chemicznych czystą substancyę antytoksyczną i jak wykazały doświadczenia Aronsona, nawet małe ilości tej substancyi wystarczają do uodpornienia zwierzęcia lub nawet wyleczenie, lecz tylko z zakażenia bardzo małemi dawkami śmiertelnemi.

Z kolei nasuwało się pytanie, z jaką substancyą białkowatą łączy się własność immunizująca. Większość autorów zgadza się, że ta własność surowicy zwierząt uodpornionych zależy od albuminu a nie od globulinu i że, jak wykazały dalsze badania, mamy tu do czynienia z utlenianiem się i odtlenianiem. Autor zachęcony przez prof. Nenckiego do badań w tym względzie, próbował najpierw, czy przez utlenia-

[1]) Kubassów: Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1883 Tom IX. Z. 2.
[2]) Treub: Międzynarodowy Zjazd gin. w Brukselli 1892.
[3]) J. J. Bischoff: Centralblat für Gyn. 1879. s. 62.

nie surowicy nie dałoby się nadać jej własności surowicy zwierząt uodpornionych; mięszał więc prawidłową surowicę z rozmaitemi ilościami dwutlenku wodoru i taką mięszaninę wstrzykiwał królikom, badając w dalszym ciągu ich temperaturę, gdyż wszystkie albumozy i toksyny mają własność podwyższania temperatury. Jednak tak te doświadczenia, jak i odtlenianie za pomocą gąbki platynowej, nie dały pewnych wyników. Autor doszedł dopiero do pewniejszych danych za użyciem prądu galwanicznego.

Surowica krwi psiej poddana elektrolizie już za użyciem słabego stosunkowo prądu wykazuje na biegunie ujemnym wyraźne zmętnienie i oddziaływanie kwaśne, gdy na biegunie dodatnim pozostaje płyn przejrzysty i oddziaływa mocniej alkalicznie. Do dalszych badań używał autor rurki mogącej pomieścić około 200 cm.³ płynu, zgiętej w kształcie litery V i w miejscu zgięcia opatrzonej w kurek. Do elektrolizy używał bateryi akumulatorów o sile 110 woltów. W skutek bardzo silnego oporu, jaki stawia surowica, prąd elektryczny wykazuje tylko 120—160 miliamperów. Taka kwaśna, względnie alkaliczna surowica wstrzyknięta królikowi pod skórę, nie wywołuje zazwyczaj wcale podniesienia się temperatury. Po zobojętnieniu natomiast 1 cm.³ podnosi temperaturę u królika do 40·5⁰, przyczem podnoszenie zaczyna się w 2—3 godziny po zastrzyknięciu. Z doświadczeń autora wynika również, że prawidłowa surowica utleniona lub odtleniona nie posiada wcale własności leczniczych. Zupełnie inaczej zachowuje się surowica zawierająca toksyny. Prątki błonicze na prawidłowej surowicy, jakoteż na pożywce zawierającej tylko albumin lub globulin wyhodowane poddawał autor elektrolizie a następnie sączył przez filtr Diakonowa. Z doświadczeń pokazało się, że rzeczywiście za pomocą elektrolizy można toksyny zamienić w antytoksyny a przytoczone doświadczenia na zwierzętach wykazują skutki lecznicze.

Surowica zawierająca prątki błonicze po utlenieniu na biegunie ujemnym nawet bez przesączenia, zwierząt nie zabija, chociaż autor używał hodowli bardzo jadowitych. *(Berliner klin. Wochenschrift.* 1894). *Dr. Marischler.*

## Choroby zakaźne.

Pantiuchow: **O śledzionach na Kaukazie.**

Autor podaje rezultat 420 obdukcyj w szpitalu Michajłowskim w Tyflisie. Jeżeli się przypuści, iż prawidłowa śledziona waży 200 gramów, to w przypadkach autora było tylko 31⁰/₀ zwłok ze śledzioną prawidłową; reszta miała powiększoną skutkiem zimnicy śledzionę.

Średni ciężar śledziony przerosłej był różny u różnych narodowości i wynosił 285 gramów u Rosyan, 352 gramów u Ormian, 365 gramów u Niemców, 350 u Georgijczyków, 436 gramów u Imeretyńców, 470 gramów u Tatarów a 540 gramów u innych narodowości. Śledziony ważące więcej, niż 400 gramów, znajdowały się przeważnie u krajowców. Rosyanie przeto, Ormianie i Niemcy najmniej chorują na zimnicę. Najwięcej przypadków tej choroby bywa w gubernii kutaiskiej, osobliwie u ludności rolniczej. W jednym przypadku przewlekłej zimnicy wykonano z bardzo dobrym skutkiem splenektomię a śledziona wydobyta ważyła 2235 gramów. U pewnego Greka zmarłego z malaryi w szpitalu tyfliskim, ważyły śledziona 3342 a wątroba 2814 gramów. *(Russkaja Medicina.* 12, 13, 14. 1894). *R.*

## Zapiski terapeutyczne.

— G. Sée (w Paryżu): Ferratyna jako środek dyetetyczny i terapeutyczny. Poszukiwania Marforego dokonane pod kierunkiem Schmiedeberga wykazały, że w wątrobie świńskiej znajduje się substancya zawierająca w pewnych okolicznościach koło 6⁰/₀ żelaza a stanowiąca niejako kwaśny białkan żelaza. Nazwano ją ferratyną.

Ferratyna zadawana wewnętrznie ludziom i zwierzętom nawet przez długi czas nie wywołuje żadnych zboczeń w przewodzie pokarmowym; nie drażniąc, działa łagodnie ściągająco i nie wywiązuje nigdy siarkowodoru ($H_2S$.) jako objawu gnicia. Miejscowo wpływa na powiększenie łaknienia i reguluje wypróżnienia przewodu pokarmowego.

Ferratyna ulega tylko powoli wessaniu, doświadczenia na zwierzętach pokazały wszakże, że ledwie 5 do 20 litrów mleka wprowadza do ustroju tyle żelaza, ile 0·10 do 0·20 ferratyny.

Ferratyna przeto jest przedewszystkiem środkiem dyetetycznym, którego używać można z dobrym skutkiem u ludzi dorosłych i dzieci na pozór zdrowych jak i u osób cierpiących na blednicę, ponieważ nie wywołuje nieprzyjemnych skutków ubocznych, właściwych zwykłym przetworom żelezistym.

Ferratynę zadaje się po 0·50 do 1·50 na dzień podzielonych na 2 lub 3 dawki w postaci proszku lub rozczynu w wodzie sodowej zawierającej winian alkaliczny. *(La médecine moderne.* 22. Sierpnia 1894).

— Aseptyka rąk u chirurgów. Wiadomo, iż w tym celu proponowano bardzo wiele środków i sposobów: obmywania kolejne za pomocą mydła, sublimatu, wyskoku, eteru i nadmanganezanu potasowego spłukiwanego następnie siarkanem sodowym.

N. A. Błagowieszczeńskij przechodzi rozmaite sposoby używane przez chirurgów we Francyi, Anglii i Niemczech do desinfekcyi rąk. Najwięcej w modzie jest obecnie sposób podany przez Fürbringera, który polega na użyciu mydła, wody, wyskoku i sublimatu. Lawson Tait i Bantock używają po prostu mydła i wody przegotowanej.

Większa część sposobów używanych do desinfekcyi rąk ma tę niedogodność, iż drażni skórę. Dlatego autor dążył do sposobu, którnyby nie drażnił skóry i nie łączył się z użyciem zbyt mocnych rozczynów sublimatu i kwasu karbolowego.

Po ścisłych próbach bakteryologicznych przekonał się, iż odpowiada bardzo dobrze temu celowi płyn:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 106) | Rp. | *Aquae coctae* | *93 partes* |
| | | *Acidi carbolici chemice puri* | 2 „ |
| | | *Saponis nigri* | 3 „ |

Płynem tym należy umyć sobie ręce a następnie opłukać je obficie wodą przegotowaną. *(La médecine moderne.* 29. Sierpnia 1894).

— Mende: Opatrzenie aseptyczne w godzinie ordynacyjnej. Nie ma wątpliwości, że różnorodność materyału patologicznego, brak czasu i właściwości materyału do opatrywania sprawiają, że utrzymanie aseptyczności materyału do opatrywania jest bardzo trudnem; nie można bowiem dzielić chorych na gromady, na przypadki wewnętrzne i zewnętrzne, septyczne i aseptyczne i za każdym razem, nim się weźmie do skrzynki z materyałami do opatrywania, czyścić sobie ręce według wszelkich prawideł antyseptyki. Do tego potrzeba jeszcze dodać, że muł jodoformowy i sublimatowy otrzymuje się w dużych kawałkach, które trzeba dopiero dzielić, t. j. chwytać rękoma i wystawiać na niebezpieczeństwo zakażenia z powietrza.

Dlatego autor podaje sposób przez siebie dobrze wypróbowany a zmierzający do jak najlepszego utrzymania aseptyczności materyałów do opatrywania używanych.

W tym celu używa autor puszek z czarnej blachy żelaznej, mających 18 cm. wysokości a 12 cm. średnicy i przykrytych zachodzącym na kilka cm. wieczkiem, szczelnie przylegającem, lecz do zdjęcia łatwem. Do tych puszek daje się materyał opatrunkowy pokrajany już w kawałki o długości 25 a szerokości 20 cm., z których każdy wkłada się osobno. Po napełnieniu w ten sposób puszki i zamknięciu wieczkiem wyjawiała się na sucho przez gorąco, do czego można użyć albo osobnej szafki albo tak zwanego górnego szabaśnika zwykłego pieca kuchennego. Kilka godzin wystarcza do wyjałowienia, którego znakiem pewnym jest żółtawe lub nieco cisawe zabarwienie mułu. Zbyt mocne zabarwienie cisawe jest nie tylko niepotrzebne, ale nawet wprost szkod-

liwe, ponieważ materyał opatrunkowy robi się przez zadługie i zamocne wyjałowienie kruchym i traci zdolność wsysania płynów.

Wyjaławianie waty w opisanych puszkach jest zbyteczne, ponieważ mul wyjałowiony, położony w kilku warstwach na ranę wystarcza do ochrony jej od zakażenia nawet, jeśli się nań da watę niewyjałowioną, oczywiście z tą ostrożnością, by wata taka nigdzie nie dotykała się rany i działała tylko jako sączek przeciw zarodkom chorobowym z zewnątrz.

Takich puszek napełnionych materyałem do opatrywania sporządza sobie autor naraz kilka dla zapasu a bierze tylko jednę na godzinę ordynacyjną. Jeżeli potrzeba teraz coś opatrzyć, otwiera się lekko puszkę i chwyta kawałek tkaniny szczypczykami poprzednio wygotowanemi i danemi do 1% rozczynu lisolu i kładzie je na ranę nie dotykając się wcale palcami, poczem dopiero daje watę.

Korzyści z takiego postępowania są jasne; wyjaławianie za pomocą gorąca jest praktyczniejsze od desinfekcyi parą wodną a podzielenie opatrunkowego materyału na części chroni go od dotykania się rękami i ułatwia znakomicie opatrzenie ran większych i mniejszych. Niebezpieczeństwo dostania się zarodków zakaźnych przez otworzenie puszki jest bardzo małe, jeżeli wieczko otwiera się powoli i trzyma je po zdjęciu wprost nad puszką. Nakoniec całe to postępowanie jest proste, tanie, nie zabiera dużo czasu a da się łatwo przeprowadzić w mieszkaniu chorego, ponieważ puszkę można zabrać ze sobą. (*Therapeutische Monatshefte*. Sierpień 1894).

— L. Marquant. O leczeniu elektrycznością statyczną przewlekłych wrzodów podudzia. Dobre skutki otrzymane przez E. Doumera, profesora w Lille, z leczenia niektórych chorób skórnych elektrycznością statyczną nasunęły mu myśl użycia tego środka do leczenia wrzodów w ogólności a wrzodów podudzia w szczególności.

Postępowano w tej mierze w sposób następujący: po przemyciu wrzodu płynem przeciwgnilnym, jak rozczynem kwasu karbolowego (słabym) lub sublimatu i pokryciu go bawełną przyciągającą wilgoć (hidrofilną) umieszcza się chorego na odosobnionym (izolowanym) stołku i łączy go z biegunem ujemnym maszyny elektrostatycznej, do wrzodu zaś zbliża się ostry koniec metalowy i to do takiej odległości, by nie było iskier, lecz tylko powiew elektryczny. Takie posiedzenie elektryczne trwa 10 minut, poczem opatruje się wrzód zwykłym sposobem, a powtarza się je po trzy razy tygodniowo.

W przypadkach, w których przyczyną wrzodu były żylaki i ich następstwa, działała elektryczność statyczna bardzo rychło; ustępywały swędzenie, ból, zaczerwienienie i obrzęknienie skóry w sąsiedztwie wrzodu w krótkim czasie a wrzód zabliźniał się.

W przypadkach zaś, w których prócz żylaków, były jeszcze inne zboczenia chorobowe w ustroju lub chorzy byli w wieku podeszłym, polepszenie po franklinizacyi nie było tak rychłe ani tak znaczne i zależało od poprawy stanu ogólnego.

Z doświadczeń terapeutycznych autora z franklinizacyą w leczeniu wrzodów zasługuje na wzmiankę jedno, tyczące się 57-letniego alkoholika z żylakami i wrzodem owalnym na podudziu o średnicach 20 mm. i 17 mm. Wrzód ten wydzielał ropę rzadką; skóra w jego sąsiedztwie była barwy fiołkowej a goleń zgrubiała w długości więcej niż 7 cm. W środku obrzmienia kostnego, bardzo bolesnego za dotknięciem się, znajdowało się miejsce chełbocące o średnicy dwufrankówki. W przypadku tym leczenie przeciwgnilne przez trzy tygodnie nie doprowadziło do żadnego widocznego skutku. Użyto przeto franklinizacyi i to codziennie; polepszenie ukazało się rychło, na trzeci dzień już zmniejszyły się bóle i obrzmienie z zapalenia okostny; chory mógł chodzić nie kulejąc. Po trzech tygodniach takiego leczenia nastąpiło zupełne zabliźnienie się wrzodu.

Na podstawie tego przypadku sądzi autor, że możnaby spróbować franklinizacyi do leczenia zapalenia okostny. (*La semaine médicale* 15. Sierpnia 1894).

— Jakkolwiek jest mnóstwo przyczyn łysienia a tem samem i sposobów jego leczenia, w ogólności dobrze jest podniecać żywotność właściwej części skóry i używać w tym celu środków nieco ją drażniących, bacząc oczywiście by łagodzić to drażnienie, gdyby ono przekraczało granice terapeutyczne.

Leistikow zaleca w tym celu nacierać co wieczór skórę pręcikiem według przepisu:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 107) | Rp. | *Cerae flavae* | *35·00* |
| | | *Olei olivarum* | *30·00* |
| | | *Colophonii* | *5·00* |
| | | *Chrysarobini* | *30·00* |

Jeżeli po kilku dniach zadraźni się skórę zamocno, należy użyć maści łagodzącej, n. p. cynkowej.

Wyleczenie następuje nieraz po 3 lub 4 tygodniach.

Tegoż samego sposobu użyć można do leczenia liszaja wyłysiającego (*herpes tondens*) i łysiny plackowatej (*alopecia areata*). (*La médecine moderne*. 29. Sierpnia 1894)

— Zamiast używać na raz jeden tylko środków przeciw tasiemcowi (*taenia*), które nierzadko, jak powszechnie wiadomo, zawodzą, nie wydalając z przewodu pokarmowego głowy pasożyta, daleko są praktyczniejsze środki, które nie wpływając gwałtownie na przewód pokarmowy, działają ciągle na pasożyta. W tym celu zaleca Schmidt na podstawie doświadczenia na samym sobie i czterech chorych pigułki według przepisu:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 108) | Rp. | *Cupri oxydati nigri* | *6.00* |
| | | *Cretae praeparatae* | *2·00* |
| | | *Boli armenicae* | *12·00* |
| | | *Glycerini puri* | *10·00* |
| | | *M. f. l. a. pill. 120.* | |

W pierwszym tygodniu zażywa chory codziennie cztery razy po 2 pigułki, w drugim tygodniu również codziennie cztery razy po 3 pigułki i używa pokarmów i napojów kwaśnych. Po upływie drugiego tygodnia zażywa sporą dawkę olejku racznikowego (*oleum ricini*), który usuwa tasiemca zupełnie.

---

†

## V. Dr. Henryk Podowski.

(Wspomnienie pośmiertne).

W Warszawie zmarł przed dwoma tygodniami Dr. med. **Henryk Podowski**, Nestor lekarzy warszawskich, w poważnym wieku lat 90 ciu. Zmarły przez długi czas, albowiem przez pół wieku przeszło, pełnił obowiązki naprzód lekarza ordynującego a następnie naczelnego w warszawskim szpitalu św. Łazarza. Wyszedłszy ze służby w 1882 roku do ostatnich chwil niemal nie przestawał zajmować się praktyką. Ś. p. Podowski, najpierwszy a w swoim czasie jedyny specyalista w chorobach skórnych i wenerycznych w tutejszym kraju, położył spore zasługi dla szpitala św. Łazarza. Znany i ceniony osobiście przez osoby podówczas u steru władzy w Królestwie Polskiem stojące, potrafił zainteresować je losami szpitala, upośledzonego co do warunków egzystencyi i miejsca położenia. Pod nadzorem jego i kierunkiem zbudowany został w r. 1836. nowy szpital według ówczesnych wymagań higieny i innych potrzeb tego rodzaju zakładów leczniczych.

Nieboszczyk był doskonałym lekarzem; dla wiedzy swej, prawości i łagodnego charakteru ceniony przez kolegów i chorych. Należał on więcej do dawniejszych, aniżeli do współczesnych pokoleń; dlatego szczupłe tylko grono osób zebrało się dla oddania Mu ostatniej usługi. Nad gro-

bem Dr. Watraszewski, obecnie naczelny lekarz szpitala św. Łazarza, uczcił w serdecznem przemówieniu pamięć i zasługi zmarłego kolegi swego i poprzednika.

*Warszawa 3. Września 1894 r.*

## VI. Wiadomości bieżące.

**Kraków dnia 6. Września 1894 r.**

— Według ogłoszonego właśnie programu podróży Najjaśniejszego Pana do Lwowa nastąpi uroczyste otwarcie tamtejszego Wydziału lekarskiego w niedzielę 9-go b. m. przed południem.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny otworzył w dniu 2. b. m. w Budapeszcie w zastępstwie Cesarza Arcyksiążę Karol Ludwik wobecności ministrów, duchowieństwa, dygnitarzy cywilnych i wojskowych, konsulów i osobnych reprezentantów różnych państw. Prezydent kongresu, minister spraw wewnętrznych Hieronymi w przemówieniu francuskiem zwrócił uwagę na znaczenie reform higienicznych, podziękował uczonym za udział i poprosił Arcyksięcia o otwarcie kongresu. Arcyksiążę Karol Ludwik powitał obecnych imieniem Cesarza w języku francuskim, wskazał na rezultaty odbytych już kongresów i życzył jak najlepszych owoców obradom. W dalszym ciągu swego przemówienia wypowiedział Arcyksiążę po węgiersku życzenie, aby uchwały kongresu przyczyniły się do dobra całej ludzkości i ogłosił imieniem Monarchy kongres za otwarty.

Po powitaniu kongresu przez burmistrza Budapesztu, dziękowali reprezentanci państw za zaproszenie. Niektórzy mowcy wśród hucznych oklasków zwracali uwagę na błogosławieństwa pokoju między narodami. Szczególne owacye wywołała mowa znanego higienika Dra Erismana z Moskwy. Przemawiali jeszcze Leyden z Prus, Bergeron z Francyi i Crocq z Belgii. Gdy Arcyksiążę Karol Ludwik opuszczał zgromadzenie, odezwały się liczne oklaski.

Po południu tegoż samego dnia otworzył minister Hieronymi wystawę higieniczno-demograficzną w gmachu politechniki.

Wieczorem odbyło się u Arcyksięcia Karola Ludwika przyjęcie członków kongresu w obecności ministrów i wysokich dygnitarzy.

Następnego dnia odbywały się wykłady w sekcyach a ogólną zwrócił uwagę odczyt księżnej Krystyny szlezwicko-holsztyńskiej o postępie w pielęgnowaniu chorych i szerzeniu wiadomości z zakresu higieny w Anglii w ostatnich latach.

Po południu obradowano między innemi nad sprawą palenia zwłok.

— W kancelaryi Dyrekcyi Szpitala św. Łazarza w Krakowie wyłożone są dzieła najnowsze ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich w języku polskim, niemieckim, francuskim i angielskim, nadsyłane regularnie zaraz po pojawieniu się w handlu przez księgarnie miejscowe i zagraniczne. Dzieła tę mogą Szanowni Koledzy przeglądać każdego dnia od 10—12 a w danym razie nabywać za opustem 10% od ceny księgarskiej.

— W osobnej pracy statystycznej i higienicznej, umieszczonej w piśmie *the Century* zwraca A. Shaw uwagę, że niesłusznie uważa się roczną śmiertelność 20 do 25‰ za średnią zadawalniającą dla miast; jeżeli bowiem tę średnią rozłoży się na rozmaite klasy społeczne, to pokaże się, że w temże samem mieście zmienia się śmiertelność roczna od 3 lub 4‰ do 200‰. Tak n. p. w Berlinie połowa przypadków śmierci przypada na rodziny złożone z pięciu osób a mieszkające w jednym tylko pokoju a ponieważ jest takich osób 73.000 na całą ludność 1,315.000, przeto wypada dla nich roczna śmiertelność 163·5‰ gdy śmiertelność dla rodzin zamieszkujących po dwa pokoje wynosi 23·5‰, dla rodzin zajmujących po trzy pokoje 7·5‰, dla ludzi zajmujących po cztery pokoje i więcej tylko 5·4‰.

— Nie dawno odbył się w Bernie szwajcarskiem kongres Towarzystw ochrony zwierząt. Jak się rozumie samo przez się, występowali na nim mówcy a jeszcze bardziej mówczynie gorąco przeciw wiwisekcyom i uchwalono nawet w tej mierze energiczną rezolucyą, o której wszakże jeden z członków kongresu powiedział i niewątpliwie słusznie, iż zostanie ona tylko platonicznem życzeniem.

— Miasto Paryż musiało temi czasy traktować o kupno gruntu budowlanego przy ulicy Vaugirard, należącego do byłego służącego słynnego Ricorda. Grunt ten oszacowano na 600.000 franków. Jeżeli służący Ricorda mógł zostać właścicielem takiego gruntu, ileż dochodu miał sam mistrz na polu syfidologii?

— Bogacz rosyjski Tereszczenko zapisał bezpłatnej lecznicy kijowskiej, założonej przez hr. Ignatiewową 20.000 rubli, od których procent ma iść na urządzenie zakładu i bezpłatne wydawanie leków.

— W Londynie odbywa się co roku w pewną niedzielę po wszystkich kościołach na szpitale kwesta; w roku bieżącym kwesta ta przyniosła 42.000 funtów szterlingów.

— Projekt założenia wydziału lekarskiego w uniwersytecie odeskim zdaje się, iż zbliża się do urzeczywistnienia. Jak bowiem donosi *Nowoje Wremja*, oświadczył się minister skarbu w tej sprawie przychylnie. Zarząd miasta Odessy oświadczył gotowość do odstąpienia bezpłatnie miejsca pod budowę klinik nowego Wydziału i prócz tego 10 dziesiatyn gruntu.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 20. z. m. we wsi Konopiskach pod Częstochową Dr. **Ryszard Bukowski**, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego i były ordynator kliniki chirurgicznej prof. Kosińskiego, śmiały i dzielny chirurg, autor dwóch prac samodzielnych, opartych na własnych doświadczeniach, jednej o wyłuszczaniu mięśniaków macicy przez cięcie brzuszne, drugiej z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. — W dniu 1. Września w Nowym Sączu w 52-gim roku życia Dr. **Lucyan Zengteller**, urodzony w Kaliszu, lekarz ordynujący szpitala nowosądeckiego, wychowaniec uniwersytetu Jagiellońskiego, obywatel powszechnym otaczany szacunkiem. — W Jarosławiu Dr. **Fryderyk Richter**, b. burmistrz tamtejszy, w 82 roku życia. — W Wiedniu Dr. **Jaromir** baron **Mundy**, znany filantrop i założyciel wiedeńskiego towarzystwa ratunkowego w 73. roku życia.

**Redakcya otrzymała:**

Władysław Biegański: Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa 1894.

K. Z. Wagner: K woprosu o glistach u stradajuszczych boleźniami żełudka i kiszek. (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Otdieł pitania na Higieniczeskoj Wystawkie. (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Kak czasto wstrieczajutsia słuczai s otsutstwiem solanoj kisłoty w żełudocznom sokie? (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Solanaja kisłota w żełudocznom sokie sobaki. (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: K woprosu o cerberinie (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Wpołnie li otwieczajut obrazowanie farmacewtow i położenie aptek sowremiennym trebowaniam mediciny? (Odbitka z *Wracza*).

O. Lassar: Zur Therapie des Melanom. (Odbitka z *Dermatologische Zeitschrift*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.